



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



Monografia

**Prevalência de infecção por HIV em mulheres
com Neoplasia Intraepitelial Cervical que foram
submetidas a Procedimento de Excisão
Eletrocirúrgica com Alça (LEEP) em 2009,
acompanhadas no Centro de Oncologia da Bahia
(CICAN)**

Taissa de Oliveira Praseres

Salvador (Bahia), 2013

SIB/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Praseres, Taissa de Oliveira

P918 Prevalência de infecção por HIV em mulheres com neoplasia intraepitelial cervical que foram submetidas a procedimento de excisão eletrocirúrgica com alça (LEEP) em 2009, acompanhadas no Centro Estadual de Oncologia (CICAN) / Taissa de Oliveira Praseres. Salvador: 2013.
xii; 49 p.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nilma Antas Neves.

Monografia (Conclusão de Curso) Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2013.

1. Papilomavírus. 2. HIV(vírus). 3. Neoplasias intra-epitelial cervical. I. Neves, Nilma Antas. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU - 616-006.52:578.828



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



Monografia

Prevalência de infecção por HIV em mulheres com Neoplasia Intraepitelial Cervical que foram submetidas a Procedimento de Excisão Eletrocirúrgica com Alça (LEEP) em 2009, acompanhadas no Centro Estadual de Oncologia (CICAN)

Taissa de Oliveira Praseres

Professor orientador: **Nilma Antas Neves**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia), 2013

Monografia: *Prevalência de infecção por HIV em mulheres com Neoplasia Intraepitelial Cervical que foram submetidas a Procedimento de Excisão Eletrocirúrgica com Alça (LEEP) em 2009, acompanhadas no Centro Estadual de Oncologia (CICAN).* **Taissa de Oliveira Praseres.**

Professor orientador: **Nilma Antas Neves**

COMISSÃO REVISORA

- **Nilma Antas Neves:** Professora adjunta da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), vinculada ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Assinatura:  _____

- **Nilo César Leão Barreto de Souza:** Professor Auxiliar da FMB - UFBA, Médico das Obras Sociais Irmã Dulce, Médico do Instituto e Médico da Uroclínica.

Assinatura:  _____

- **Victor Luiz Correia Nunes:** Professor Auxiliar da FMB – UFBA, vinculado ao Departamento de Patologia e Medicina Legal. Professor Assistente de Patologia Geral e Patologia Especial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Assinatura:  _____

- **Davi Tanajura Costa:** Pós graduando vinculado ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da FMB – UFBA.

Assinatura:  _____

Membro suplente

Maria Inês Costa Dourado: Professora Associada do corpo permanente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2013.

É difícil entregar-se? Mas quem disse que é fácil ser feliz? Nem tudo é fácil na vida... Mas, com certeza, nada é impossível. Precisamos acreditar, ter fé e lutar para que não apenas sonhemos, mas também tornemos todos esses desejos, realidade!” (Cecília Meireles Extraído do Poema, **Nem tudo é Fácil**)

Dedico este trabalho a minha família linda e amorosa. Porto seguro de minh'alma.

EQUIPE

- Taissa de Oliveira Praseres, acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA);
- Nilma Anta Neves, Professora Adjunta IV da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA)- Salvador (BA), Brasil.
- Cissa Ferreira Lopes Araujo, acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA);
- Liz Lacerda Costa, acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).
- Érica Alves dos Anjos Silva, acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

- CICAN – Centro Estadual de Oncologia.

FONTES DE FINANCIAMENTO

- Recursos próprios da Professora orientadora;
- Recursos próprios da Graduanda.

AGRADECIMENTOS

Obrigada a minha família, fonte renovadora do meu amor e da minha esperança; meu porto seguro, local para onde quero sempre voltar.

Obrigada ao meu amigo, namorado, parceiro; não conheço uma definição exata para te classificar, mas, quero te agradecer por ter investido seu tempo, seu amor, seu carinho em mim, pela sua paciência e cumplicidade, por ter estado do meu lado em todas as etapas deste trabalho, mesmo que em silêncio. Obrigada por ter me convencido de que juntos seríamos mais felizes... Como realmente me tornei!

Obrigada aos meus amigos por terem feito dos meus dias mais felizes aliviando o peso da vida.

Obrigada a minha Orientadora, pelo estímulo e paciência, pelo seu tempo e conhecimento que gentilmente cedeu a mim.

À minha banca revisora que gentilmente se dispôs a me auxiliar nessa jornada, me instruindo e me ajudando a melhorar.

Obrigada a meus mestres de toda a vida, pessoas que encontrei por todos os lugares por onde andei. Obrigada àqueles que foram mais do que orientadores, foram amigos, parceiros, mentores. Obrigada por investir seu tempo e conhecimento em mim.

Gostaria de agradecer à UFBA, instituição ao qual tanto amo e a todos os que fazem com que esta se mantenha, dentro dos seus limites, ainda em estado de excelência.

Ao governo do Estado, ao CICAN e a todos os colaboradores que de certa forma contribuíram para a execução desta etapa.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS	02
I. RESUMO	03
II. OBJETIVO	04
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	05
IV. METODOLOGIA	17
V. RESULTADOS	19
VI. DISCUSSÃO	21
VII. CONCLUSÃO	25
VIII. SUMMARY	26
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
X. ANEXOS	
ANEXO I. <i>Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com diagnóstico citológico Lesão intraepitelial de alto grau</i>	30
ANEXO II. <i>Portaria 151 SVS/MS de 14/10/2009 do Ministério da Saúde</i>	31
ANEXO III. <i>Aprovação do Comitê de ética do CICAN</i>	41

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

FIGURAS

FIGURA I. <i>Evolução temporal da lesão do colo uterino.</i>	09
FIGURA II. <i>Prevalência da infecção por HPV em mulheres com citologia normal de acordo com a idade</i>	10
FIGURA III. <i>Incidência de câncer cervical de acordo com a idade</i>	10
FIGURA IV. <i>Taxa de incidência por grupo de 100mil habitantes dos casos de AIDS entre jovens de 15-24 anos, segundo sexo</i>	12
GRÁFICO 1. <i>Valores de prevalência de acordo com a sorologia para HIV</i>	19

TABELAS

TABELA I. <i>Resultado do teste para detecção do HIV entre mulheres com neoplasia intraepitelial cervical</i>	14
TABELA 1. <i>Tabela de dados de prevalência de HIV em pacientes com Neoplasia intraepitelial de alto grau submetidas à LEEP em 2009</i>	20

I. RESUMO

PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO POR HIV EM MULHERES COM NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL QUE FORAM SUBMETIDAS A PROCEDIMENTO DE EXCIÇÃO ELETROCIRÚRGICA COM ALÇA (LEEP) EM 2009, ACOMPANHADAS NO CENTRO ESTADUAL DE ONCOLOGIA (CICAN).

A associação da infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) e a infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode constituir fator de alteração do prognóstico no desenvolvimento de doença causada pelo HPV, a Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), esta podendo evoluir para o câncer invasivo. Alguns estudos verificaram uma taxa de prevalência importante, considerando a infecção pelos dois vírus. **Objetivo:** Identificar qual a prevalência de infecção por HIV em mulheres tratadas para NIC de alto grau no CICAN-BA. **Metodologia:** Estudo de prevalência com revisão de prontuários das pacientes submetidas à Excisão Eletrocirúrgica com Alça (LEEP) no CICAN em 2009. **Resultados:** Foram analisados 568 prontuários sendo que 263 não apresentavam o registro de sorologia para HIV dos 305 prontuários restantes com registro de sorologia a prevalência de HIV encontrada foi de 4,59%. **Discussão:** o grande número de prontuários sem registro pode ter influenciado no resultado, mostrando que os motivos que levam a esse número elevado de prontuários sem registro devem ser revistos e, se possível, solucionados. **Conclusão:** A prevalência de HIV nas pacientes acompanhadas no CICAN com NIC de alto grau está acima do valor da população geral, mas abaixo dos resultados de outros estudos semelhantes a esse. **Palavras chaves:** 1. *Papiloma Vírus Humano*, 2. *Vírus da Imunodeficiência Humana*, 3. *Prevalência* e 4. *Neoplasia Intraepitelial de alto grau*.

II. OBJETIVO

Identificar e analisar a prevalência da infecção por HIV em pacientes com neoplasia intraepitelial cervical acompanhadas no Centro Estadual de Oncologia - CICAN, Salvador-BA.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O câncer de colo do útero se configura atualmente como sendo um importante problema de saúde pública no mundo, os dados epidemiológicos mundiais apontaram que, em 2008, 529 mil novos casos da doença foram notificados, afirmando-se como o terceiro tipo mais comum de câncer entre as mulheres. Quando comparamos os índices de incidência dos países desenvolvidos com os dos países em desenvolvimento, observamos que nestes, os índices chegam a ser duas vezes maiores (1).

Não somente pela elevada incidência, o câncer de colo uterino é de grande importância epidemiológica pelas altas taxas de mortalidade, chegando a 52% quando relacionamos mortalidade/incidência, o que o torna responsável pelo óbito de mais de 275 mil mulheres, segundo os dados de 2008. A maioria desses óbitos ocorre em países em desenvolvimento, sendo que apenas na Índia ocorreram 27% dos casos de óbitos notificados no mundo por esse tipo de câncer (2).

Segundo o INCA, no Brasil, as neoplasias malignas são importantes causas de doença e morte, sendo constituídas, desde 2003, como a segunda causa de óbito na população, de acordo com as notificações de morte por causa conhecida no Sistema de Informação sobre Mortalidade. Dentre estas neoplasias, o câncer do colo do útero é o segundo tipo mais comum entre as mulheres, sendo responsável pela morte de 230 mil por ano, atrás apenas do câncer de mama (2).

Mesmo sendo considerado passível de prevenção e controle, o câncer de colo do útero ainda é causa de aumento da morbimortalidade nos países em desenvolvimento, não somente pela desinformação da população, como também pela deficiência na cobertura da Saúde Pública.

Diferente do que ainda ocorre em países em desenvolvimento, nas últimas três décadas tem-se observado, na maior parte do mundo desenvolvido, uma redução das taxas de câncer cervical, fato esse associado, provavelmente, à implantação dos programas de triagem e rastreio (3). Dentre os programas de rastreio implantados o exame citológico de Papanicolaou ou colpocitologia oncótica é uma das estratégias aplicadas mais bem sucedidas

para a prevenção de câncer (4), não somente pela simplicidade do exame, como também pelo custo e abrangência em que pode ser utilizado.

No Brasil, o controle do câncer de colo do útero teve início na década de 40, com a iniciativa de alguns profissionais que trouxeram para o país a citologia e a colposcopia. Depois disso, muitas iniciativas isoladas e conjuntas deram continuidade e desenvolvimento aos programas de rastreamento, abrangendo cada vez mais uma maior parcela da população; mas foi na década de 80 que modificações efetivas começavam a ser delimitadas de forma efetiva. Em 1984, foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que previa que os serviços básicos de saúde oferecessem às mulheres atividades de prevenção do câncer do colo do útero. Apesar de ter uma baixa cobertura, este programa estimulou a coleta de material para rastreamento citopatológico. Em 1986, foi constituído o Programa de Oncologia (PRO-ONCO), que elaborou o projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino”, que ampliou a rede de atenção ao câncer cervicouterino.

Porém, foi diante dos altos índices de mortalidade por câncer do colo uterino que o INCA desenvolveu na década de 90 o programa “Viva Mulher”, dirigido a mulheres com idade entre 35 e 49 anos. Foram desenvolvidos protocolos para a padronização da coleta de material, para o seguimento e conduta frente a cada tipo de alteração citológica. Introduziu-se também a cirurgia de alta frequência para tratamento das lesões pré-invasoras do câncer, sendo posteriormente as ações expandidas para todo o país.

Em 1998, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero, com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.040/98, de 21 de junho de 1998. Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu prioridades dos planos estaduais e municipais no controle dos cânceres do colo do útero e de mama (Portaria GM nº 2.439/2006, de 31 de dezembro de 2005). No Pacto pela Saúde em 2006, foi novamente reafirmada a importância da detecção precoce dessas doenças (2).

Neoplasias invasivas do colo uterino se caracterizam por terem desenvolvimento lento. Na grande maioria das vezes, a paciente não apresenta

sintomas na fase inicial, mas podem evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após relação sexual; em casos mais avançados, ainda podemos encontrar secreção vaginal anormal e dor abdominal, disúria, tenesmo e obstipação intestinal. Normalmente, é nesta fase avançada da doença que o diagnóstico é feito, dificultando o tratamento da paciente (5). Estas neoplasias são em geral precedidas por uma longa fase de doença pré-invasiva, denominada de neoplasia intraepitelial cervical (NIC).

De acordo com as características anatômicas e patológicas, as NIC são caracterizadas por diversos graus de anormalidades na diferenciação e maturação celular do epitélio cervical. Microscopicamente, isto se caracteriza como uma gama de eventos que progridem da atipia celular a graus variados de displasia antes da progressão ao carcinoma invasivo (6), sendo classificadas de acordo com o percentual da espessura do epitélio exibindo alterações citológicas em NIC I, NIC II ou NIC III.

- Na NIC I as células apresentam boa maturação com anomalias nucleares mínimas e poucas figuras de mitose. Células indiferenciadas são encontradas apenas nas camadas mais profundas (terço inferior) do epitélio. Ao longo de toda a espessura do epitélio podemos encontrar alterações citopáticas.

A maioria das NIC I apresenta regressão em um período entre 12 a 24 meses não progredindo para NIC II ou III e, portanto, não é considerada lesão precursora de câncer (7).

- A NIC II tem anomalias nucleares mais acentuadas que na NIC I. Possui como característica as alterações celulares displásicas, que ficam restritas principalmente à metade inferior ou os dois terços inferiores do epitélio. Em toda porção inferior do epitélio é possível encontrar figuras de mitose.

- Na NIC III a diferenciação e estratificação podem estar totalmente ausentes ou estarem presentes somente no quarto superficial do epitélio com numerosas figuras de mitose, que podem ter formas anormais. Anomalias nucleares estendem-se em toda a espessura do epitélio.

Devido a maior probabilidade de progressão para o câncer, se deixadas sem tratamento, os graus mais altos da NIC (II e III) são consideradas reais lesões precursoras (8). Estas apresentam uma probabilidade de progressão para o câncer invasivo de 22%, contrastando com a probabilidade menor que 1% de progressão para câncer invasivo das lesões intraepiteliais grau I (9).

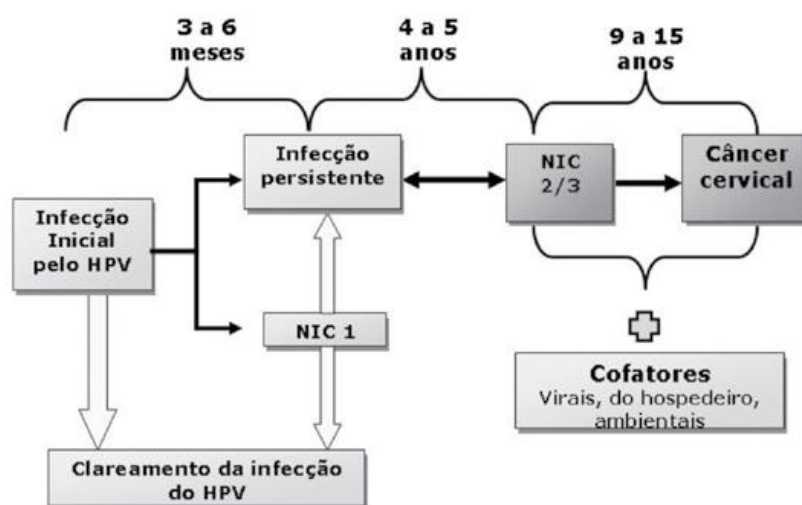
O câncer do colo do útero é uma doença crônica que evolui a partir de mudanças intraepiteliais, em um período médio de 5 a 6 anos, podendo se transformar em uma neoplasia invasora de modo que o diagnóstico precoce das lesões precursoras (NIC) e de lesões tumorais invasivas (em estágios precoces) aumentam as chances de cura (2)

Tenta-se através de múltiplas pesquisas solucionar os aspectos que levam ao desenvolvimento do câncer, determinando agentes químicos e físicos capazes de promover alterações celulares responsáveis pelo desenvolvimento de células cancerosas, porém, ainda não há um total conhecimento de toda a fisiopatologia do câncer em seus diversos tipos de apresentação. Além de agentes químicos e físicos, já temos hoje conhecimento sobre agentes biológicos capazes de promover também mutações celulares responsáveis pelo desenvolvimento anormal dessa célula e a implantação de um câncer, na maioria das vezes esses agentes biológicos são vírus que recebem o nome de oncovírus. Os agentes virais estão associados a 15% de todos os cânceres, sendo considerado o segundo fator de risco para câncer, perdendo apenas para o tabagismo (10).

O Papiloma Vírus Humano (HPV) é um oncovírus conhecido e sua relação com o desenvolvimento de Câncer do colo do útero já é bem demonstrada. O HPV é o agente causal da neoplasia intraepitelial cervical (NIC), que, quando em graus mais altos, são consideradas lesões precursoras do câncer de colo do útero (11; 12). A infecção por HPV não provoca viremia (9), o que dificulta e encarece um pouco o diagnóstico laboratorial. Existem vários genótipos de HPV, sendo que cerca de 40 infectam a pele e mucosa dos genitais femininos. De acordo com o potencial oncogênico, os HPV podem ser classificados em HPV de baixo ou alto risco

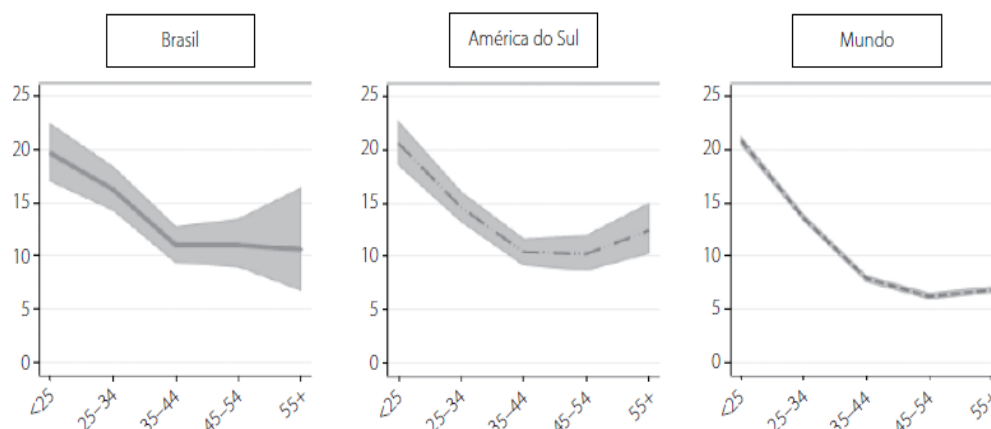
(12) e cada espécie apresenta seu tropismo espécie-específico, infectando tecidos distintos (9). Os HPV de alto risco, a exemplo dos tipos 16 e 18, são detectados em cerca de 50-80% das lesões de alto grau (NIC-II e NIC-III), e em cerca de 99,7% dos casos de câncer invasivo do colo uterino (13). Estas lesões são desenvolvidas cronicamente após a infecção e demanda um longo período antes de progredirem para Câncer (Figura I), o que possibilita um tratamento, na maioria dos casos, muito eficiente.

Figura I. Evolução temporal da lesão do colo uterino. (9)



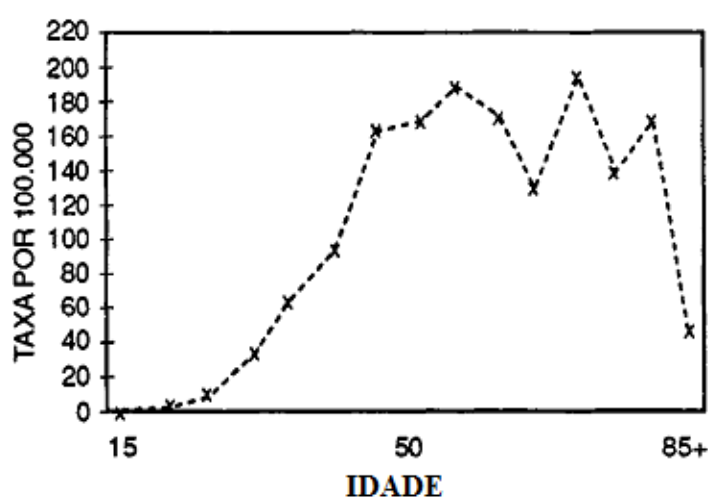
Estudos mostram que a infecção cervical pelo HPV tem seu pico de prevalência em adolescentes sexualmente ativas e mulheres com idade em torno de 20 anos, diminuindo com o aumento da idade (3). Segundo dados estatísticos da população feminina geral, a prevalência da infecção HPV varia de 2 a 44%. No Brasil essa prevalência é de 14,1%, Na América do Sul é de 13,2% e no mundo é de 11,4% (14) (Figura II).

Figura II. Prevalência da infecção por HPV em mulheres com citologia normal de acordo com a idade (14).



Este pico de prevalência não coincide com o de neoplasia intraepitelial cervical, que só é manifestada em torno de 5 a 10 anos após a infecção assim como ocorre com o câncer cervical que se manifesta aproximadamente 20 anos após a infecção. Segundo a Organização Mundial de Saúde (6), o câncer cervical é mais incidente em mulheres com idade entre 40 e 50 anos (Figura III). O desenvolvimento do câncer cervical apresenta uma distribuição uniforme em todo o mundo, quando analisamos a idade das pacientes (14).

Figura III. Incidência de câncer cervical de acordo com a idade (3).



Apesar de haver uma relação causal bem estabelecida entre HPV e NIC, nem todas as mulheres infectadas por HPV desenvolvem neoplasia. A infecção por HPV é o fator de maior predisposição à NIC, porém, mesmo com a exposição frequente das mulheres ao vírus, não é comum o surgimento de neoplasia cervical (8). A maioria das anomalias cervicais causadas pela infecção por HPV regride espontaneamente e tem pouca chance de evoluírem para uma NIC ou neoplasia do colo uterino, de modo que outros cofatores como a primeira relação sexual em idade jovem, número elevado de parceiros sexuais, comportamento sexual de alto risco do parceiro, uso por longo prazo de contraceptivos orais, diferenças genéticas e o tabagismo aumentam (15; 33).

Alguns outros fatores de risco diretamente relacionados à resposta imunológica têm sido associados à maior chance de desenvolvimento de NIC, de modo que qualquer estado patológico ou terapêutico que interfira no estado

imunológico da paciente pode aumentar a chance de desenvolvimento de NIC: mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), mulheres imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e usuárias crônicas de corticosteróides constituem os principais exemplos deste grupo.

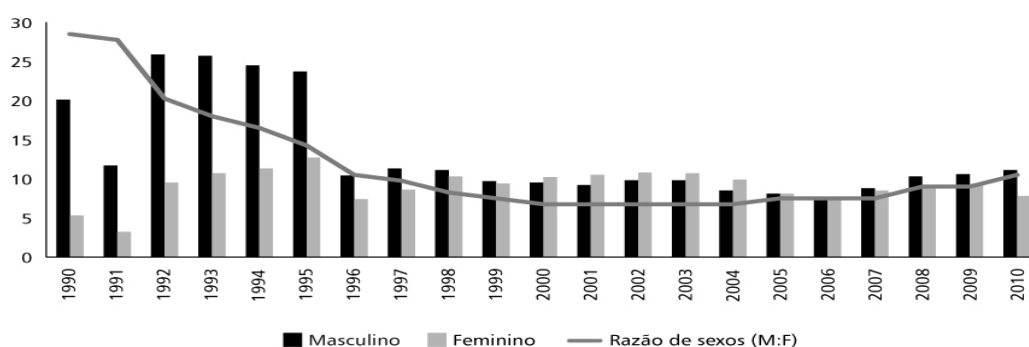
A descoberta da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS), em 1981 tornou-se um marco na história da humanidade. Esta Síndrome caracteriza-se pela redução de Linfócitos CD4+ do indivíduo infectado, devido ao ciclo lítico nestas células com tropismo positivo para o HIV. O número reduzido de linfócitos CD4+ acarreta uma redução da capacidade imune do indivíduo que fica susceptível a infecções por parasitas oportunistas.

Não é possível estabelecer um prognóstico fixo para estes pacientes infectados pelo HIV. Estima-se que o tempo médio decorrido entre a infecção e o estabelecimento da doença é de 10 anos em adultos, mas isso é muito variável e atualmente sofre grande influência dos fármacos antirretrovirais que tem atribuído a estes indivíduos maior longevidade.

Os primeiros casos de AIDS foram identificados no Brasil no início da década de 1980, e eram inicialmente registrados entre homossexuais masculinos adultos, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos, os chamados atualmente de grupos de risco. Segundo dados do Ministério da Saúde (16), após 30 anos da descoberta do HIV, o Brasil mantém uma epidemia que chama de “Estável”.

De acordo com um boletim epidemiológico publicado em 2011 pelo Ministério da Saúde, foram notificados 608.230 casos de AIDS acumulados de 1980 a junho de 2011, sendo 397.662 (65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no feminino (Figura IV) (16).

Figura IV. Taxa de incidência por grupo de 100 mil habitantes dos casos de AIDS entre jovens de 15-24 anos, segundo sexo (16).



Nota: Casos notificados no Sinan até 30/6/2011.
 Dados preliminares para os últimos cinco anos.
 Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Nos países latino-americanos, assim como no restante do mundo, como resultado do aumento da transmissão heterossexual, há agora um número crescente de mulheres infectadas por HIV (17). O rápido aumento dos casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o desenvolvimento da AIDS se constitui um fenômeno mundial, cuja forma de ocorrência nas diversas regiões do mundo depende, dentre outros fatores, do comportamento humano individual e coletivo (18), não deixando de considerar que o impacto da infecção por HIV e desenvolvimento da AIDS é mais acentuado entre os mais pobres e os mais jovens.

O crescimento da incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST), sobretudo em mulheres jovens, conferiu ao Brasil o mais rápido aumento de casos de AIDS na população feminina descrito no mundo. No Brasil, 80% da população feminina que desenvolve a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) encontram-se na faixa etária reprodutiva e possuem vida sexual ativa, de modo que podemos esperar que, além de infecção por HIV, possuam também infecção por outros agentes infecciosos sexualmente transmissíveis, como o HPV. No Brasil, a prevalência de HPV em mulheres infectadas pelo HIV é de 56,3% (1).

Dentre as muitas DST já descritas, a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) tornou-se uma das mais prevalentes (19), e nesse contexto ainda precisamos considerar que, como a maioria dos diagnósticos de infecção por HPV é clínica e grande parte das mulheres infectadas por este vírus é assintomática, podemos pensar então que essa é uma infecção subnotificada; considerando este aspecto, admite-se que, caso nada seja feito para mudar

esta realidade de países em desenvolvimento, os índices de incidência de NIC e Câncer de colo uterino só tendem a aumentar.

Estudos que estabelecem essa associação de múltiplos agentes infecciosos sexualmente transmissíveis já foram realizados e mostraram que essa perspectiva é real, alguns estudos inclusive, mostram que há uma alta prevalência entre pacientes soropositivas para HIV que também apresentam sorologia positiva para HPV (20; 21), do mesmo modo, a relação contrária (HPV + serem também HIV +) também apresentam grande prevalência. Maiman *et al.* (22) realizou um estudo de prevalência de HIV em mulheres americanas com Colposcopia anormal e encontrou que 7 em cada 66 mulheres estudadas, além de HPV, também apresentavam sorologia positiva para HIV. Um estudo semelhante foi desenvolvido no Rio de Janeiro em 2001 por Russomano *et al.* (23) que encontrou uma porcentagem de 11,4% de mulheres HIV positivas do total de pacientes investigadas (Tabela I).

Tabela I. Resultado do teste para detecção do HIV entre mulheres com neoplasia intraepitelial cervical (23)

Resultado do teste	n	%	IC (95%)
Positivo	9	11,4	4,4 – 18,4
Negativo	70	88,6	81,6 – 95,6
Total	79	100,0	

A estimativa é de que tais pacientes, com exame sorológico positivo para ambos os vírus, têm até dez vezes mais chance de desenvolver NIC do que aquelas não portadoras do vírus (24; 25; 26). Em se tratando de aspectos biológicos, é possível que a imunodeficiência celular, causada pela infecção por HIV, possa desempenhar um papel importante na permissividade e persistência do HPV, propiciando o desenvolvimento de câncer de colo uterino (27).

Outra característica epidemiológica importante é que mulheres com deficiência imunológica apresentam maior índice de infecções por mais de um tipo de HPV, e a incapacidade de negativar o vírus após a infecção. A

persistência da infecção por HPV em mulheres imunocomprometidas devido ao HIV parece ter uma associação com a contagem de células CD4+ (28). Entre essas pacientes, essas lesões têm um pior prognóstico e progresso mais rápido do que em pacientes imunocompetentes; tais lesões são difíceis de tratar, com uma alta taxa de recorrência e elevados índices de evolução rápida (17). Essa frequência elevada, no entanto, não é tão evidente em se tratando de mulheres HIV+, imunocompetentes, em uso de antiretrovirais de alta atividade (HAART), de modo que estas apresentam história da doença muito similar àquelas não infectadas pelo HIV (29).

Além da dificuldade do tratamento, paciente com sorologia positiva para HIV possuem, geralmente, graus mais elevados de NIC se comparadas àquelas não infectadas por este vírus (29; 30) configurando um estado de maior propensão ao desenvolvimento de doença invasiva do colo do útero. Segundo a literatura, a prevalência de lesões pré-invasivas em mulheres imunodeprimidas é mais alta do que a observada em mulheres imunocompetentes, principalmente em pacientes com níveis de CD4 abaixo de $200/\text{mm}^3$ (28).

Essa relação entre ambas as infecções, apesar de aumentar as chances de complicações de neoplasias cervicais, não influencia no tratamento das lesões, de modo que não há atualmente um protocolo de tratamento diferenciado para pacientes HIV positivas. O que é feito no rastreamento dessas pacientes, é uma citologia mais frequente acompanhada de exame colposcópico. O exame citológico de mulheres infectadas por HIV tendem a ser controversos, visto que estas tendem a ter maior prevalência de citologias com atipias de significado indeterminado e maior frequência de infecções associadas, logo, o exame colposcópico atua como um exame complementar ao citológico na tentativa de diminuir os falsos-negativos (2). Segundo as diretrizes americanas, a recomendação é de que, em mulheres com CD4 abaixo de $200 \text{ células}/\text{mm}^3$, deve-se realizar citologia e encaminhar para colposcopia a cada seis meses, exceto em casos de inflamação acentuada, no qual nova coleta citológica deve ser feita em três meses após o adequado tratamento. Como nessas pacientes há uma maior frequência de lesões

multicêntricas, é recomendado também o exame cuidadoso da vulva, da região perianal e da vagina.

O conhecimento sobre os possíveis efeitos das interações entre doenças sexualmente transmissíveis é capaz, em muitos dos casos, de alterar a forma de acompanhamento clínico de mulheres com múltiplas infecções, devido à alta frequência de estabelecimento de lesões mais complicadas, no caso em questão de mulheres com coinfeção por HPV e HIV. A atenção à saúde e os métodos preventivos de complicações, no entanto, devem ser maiores nessas pacientes, de modo que mulheres, mesmo sem manifestação clínica de infecção pelo HPV, mas que apresentam sorologia positiva para HIV, associada a outros fatores de risco para o câncer cervical, devem ser submetidas a avaliações ginecológicas mais detalhadas, pois se há associação entre a infecção de HIV e HPV, é um critério de pior prognóstico (31).

Apesar de muito discutido no mundo sobre a relevante associação entre a infecção de HIV e HPV, existem poucos estudos sobre a prevalência de HIV entre mulheres que desenvolveram NIC no Brasil, especialmente em Salvador, Bahia, de modo que esse estudo tem como amostra as pacientes acompanhadas pelo CICAN (Centro Estadual de Oncologia).

IV. METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo de corte transversal, com observação de dados secundários durante o período de 2009.

Local

Os dados analisados foram referente a pacientes acompanhadas no Centro Estadual de Oncologia (CICAN), que existe há 35 anos e atende especialidades como: ginecologia, mastologia, oncologia clínica, urologia, dermatologia, proctologia, anestesiologia, terapia da dor e cirurgia geral. O CICAN é o serviço de referência para diagnóstico e tratamento de doenças oncológicas e doenças precursoras de câncer.

Casuística

Inicialmente um levantamento foi realizado junto ao centro cirúrgico do CICAN do registro das pacientes que realizaram LEEP em 2009. Após esse procedimento, fizemos cruzamento dos dados para eliminação de dupla entrada. Um total de 607 prontuários foram identificados.

Critérios de Inclusão

- Prontuário com descrição do procedimento de LEEP;
- Resultado da sorologia para HIV;
- Pacientes tratadas com NIC de alto grau.

Critérios de Exclusão

- Não possuir referência a LEEP no prontuário;
- Prontuário ilegível;
- Prontuário sem registro de sorologia para HIV.

Definição de Grupos

Dois grupos foram estabelecidos, a saber: (1) Pacientes com NIC HIV-negativas; (2) Pacientes com NIC HIV-positivas.

Procedimentos

O diagnóstico de NIC, assim como o acompanhamento das pacientes, foram realizados segundo as recomendações do Ministério da Saúde (Anexo 1), através da colposcopia e biópsias cervicais dirigidas por visão colposcópica,

de pacientes que apresentaram alterações citológicas de atipia através da colpocitologia oncótica.

Para exame de sorologia de HIV, o sangue é colhido no CICAN e enviado para o LACEN (Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalo Moniz), que realiza a sorologia para anti-HIV I/II, index 0,08, valor de referência 1,00, quimioluminescência CMIA, seguindo protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde: uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra, conforme Portaria 151 SVS/MS de 14/10/2009 (Anexo 2):

- Quando a amostra é não reagente, mas, que há suspeita de infecção da infecção HIV,

- Quando a amostra é indeterminada, e persistindo a suspeita clínica de infecção por HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra para esclarecimento do diagnóstico sorológico.

- Para gestantes deverá ser solicitada uma segunda amostra para sorologia e nova amostra para a realização de teste molecular.

- Em amostras reagentes, a primeira amostra servirá para comprovação laboratorial, no entanto, uma segunda amostra deve ser colhida e submetida a testes laboratoriais para diagnóstico, em indivíduos com idade acima de 18 meses. O resultado definido com a segunda amostra.

Estatística

Trata-se de um trabalho descritivo com estabelecimento de valores absolutos e relativos dos dados encontrados.

Ética

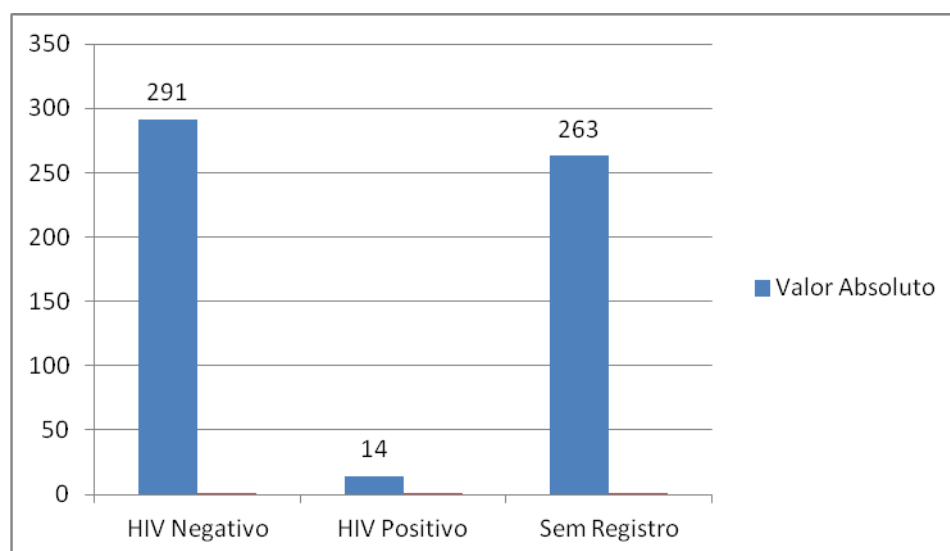
Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB (Anexo 3), não sendo necessário o preenchimento de consentimento livre e esclarecido pelas pacientes, pois só foram feitas coletas de dados retrospectivos, de registro de prontuários e o trabalho não consta de identificação do paciente e de nenhum caso específico.

V. RESULTADOS

Dos 607 prontuários identificados, 3 possuíam entrada duplicada devido a pacientes que fizeram LEEP duas vezes no ano de 2009. Após sobreposição dos dados, esses prontuários foram excluídos da análise. Do total de prontuários vistos, 36 foram excluídos da análise por não possuírem referência a LEEP realizada em 2009 nas pacientes referidas, restando 568 prontuários para análise. Foram analisados um total de 568 prontuários de pacientes com idades que variavam de 16 a 90 anos com diagnóstico prévio de lesão intraepitelial de alto grau, atendidas no CICAN e submetidas à LEEP no ano de 2009.

Dos prontuários que entraram na análise, um total de 291 pacientes apresentavam sorologia negativa para HIV (1 e 2) registradas claramente no prontuário, 14 apresentavam sorologia positiva para HIV (1 e 2) registradas claramente em prontuário, enquanto em 263 deles não foi possível identificação da realização desta sorologia (Figura 1).

Gráfico 1. Distribuição do valor absoluto do total de prontuários observados referentes às pacientes que fizeram LEEP no CICAN em 2009.



Para o cálculo de prevalência foram excluídos os 263 prontuários que não possuíam registros de sorologia de HIV, considerando um valor absoluto final de 305 prontuários, de modo que o valor de prevalência das pacientes

com Neoplasia Intraepitelial de alto grau que possuem sorologia positiva para HIV é de 4,59% (Tabela 1).

Tabela 1. Tabela de dados de prevalência de HIV em pacientes com Neoplasia Intraepitelial de alto grau submetidas à LEEP em 2009.

TIPO	Valor Absoluto	%
HIV NEGATIVO	291	95,41%
HIV POSITIVO	14	4,59%
TOTAL DE REGISTROS	305	100,00%

VI. DISCUSSÃO

Estudos mostram que há uma relação positiva entre a prevalência de HPV e HIV, assim como há também uma maior incidência de lesão intraepitelial de alto grau em pacientes HIV positivas. O presente trabalho encontrou em seu levantamento um valor de prevalência que, apesar de ser menor, ainda assim encontra-se dentro do intervalo de confiança apresentado pelo trabalho feito por Russomano *et al.* (23). Nesse trabalho, o valor encontrado foi de 11,4%, com um intervalo de confiança que varia entre 4,4 – 18,4 (IC95%), o valor encontrado no presente trabalho foi de 4,59%.

Segundo o boletim epidemiológico emitido pelo Ministério da Saúde (16) com dados referentes até o mês de junho de 2012, a média de prevalência da infecção pelo HIV na população de 15 a 49 anos mantém-se estável em 0,6% desde 2004, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens. Essas taxas variam de acordo com as condições de risco para determinados grupos. Os estudos realizados em 10 municípios mostram que em alguns grupos de maior vulnerabilidade entre 2008 e 2009 essas taxas são maiores: em usuários de drogas, por exemplo, a prevalência de HIV é de 10,5% entre homens que homossexuais e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo (16). A prevalência da infecção por HIV em pacientes com NIC tratadas com Leep encontrada nesse trabalho, quando comparada à prevalência por HIV na população feminina em geral, os valores encontrados neste trabalho assemelham-se ao grupo de risco representado pelas profissionais do sexo (4,9%), valores estes superiores à taxa da população em geral que é de 0,4%, demonstrando que o risco para HIV é alto em mulheres com NIC.

Observando os resultados, podemos notar que não foi possível identificação no prontuário dos dados sorológicos de 263 pacientes, o que pode ser considerado um elevado índice, visto que representa 42,69% do total dos prontuários analisados. Nesse caso, é importante considerar que o rastreio para outras Doenças sexualmente transmissíveis faz parte do protocolo do serviço prestado no Centro em questão, protocolo este que é pautado nas diretrizes do Ministério da Saúde, de modo que esse resultado não era o esperado neste trabalho. Esperávamos encontrar um melhor registro da

investigação sorológica para as diversas DST, inclusive para HIV nos prontuários das pacientes com Neoplasia intraepitelial do CÍCAN, considerando ser essa uma patologia diretamente associada à infecção por HPV por possuírem ambas as mesmas condições de risco.

Não podemos dizer ao certo o motivo dessa quantidade de prontuários sem registro ou com difícil identificação, mas alguns problemas podem ser considerados na tentativa de explicar esse elevado índice:

Primeiro ponto a ser abordado e talvez o que melhor justifique o índice é a desorganização do prontuário:

- Não há uma uniformidade nas siglas utilizadas na atualização dos prontuários e muitas vezes esse preenchimento é feito em locais aleatórios do prontuário, não seguindo uma sequência da evolução da paciente.

- Por vezes, os dados são encontrados na evolução de enfermagem e não na evolução médica, sendo que esses dados devem estar contidos em ambos os registros.

- Muitos registros de LEEP foram observados sem data no prontuário, dificultando a possibilidade de estabelecer uma ordem cronológica. Algumas vezes esse problema é resolvido quando o resultado do exame anatomopatológico está anexo ao prontuário, o que nem sempre é o caso.

- Há, na grande maioria dos prontuários, uma ficha da Unidade de Oncologia com as características clínicas e sociais da paciente. Nesta ficha, estão inclusos alguns dados de resultados já trazidos pela paciente no instante da primeira consulta e é o local onde normalmente estão registrados os resultados sorológicos da paciente. Essa ficha não sofre atualização e não são todos os prontuários em que esta se encontra devidamente preenchida; algumas pacientes mais antigas sequer possuem essa ficha.

Outro motivo para essa falta de registro nos prontuários que pode ser considerado é o inadequado manejo do paciente. É possível que a paciente não tenha feito o exame sorológico por medo, por desinformação ou até mesmo porque não foi solicitada pelo médico responsável.

Também devemos considerar, na tentativa de explicar esse alto índice de prontuário sem registro, que existe a possibilidade da não notificação em

prontuário do exame solicitado: é possível que a paciente tenha feito o exame, o médico tenha verificado, mas não tenha registrado em prontuário.

Além dos possíveis motivos supracitados, outro que pode ser relevante é que o serviço conta com uma ampla taxa de pacientes que não dão continuidade ao tratamento, acarretando em um alto número de prontuários incompletos com sucessivas faltas da paciente ao atendimento médico, o que dificulta o acompanhamento. Muitas não chegam nem a retornar para apresentar o exame sorológico.

Acreditamos que esses aspectos acima mencionados podem ser de, certa forma, corrigidos, ou amenizados com o adequado registro em prontuário dos resultados dos exames solicitados, com solicitação prévia sistemática dos exames sorológicos, e com a devida organização destes prontuários, que inclui uma mínima uniformidade na utilização das siglas utilizadas no serviço e o preenchimento dos formulários próprios no prontuário. O problema do não retorno da paciente ao serviço pode ser amenizado com o auxílio das agentes de saúde que podem executar sua busca ativa para devido acompanhamento.

Um fator importante a ser considerado no manejo das pacientes com lesão intraepitelial de alto grau tratadas no CICAN é a ausência de uma complementação do tratamento em associação com um serviço de infectologia, e a falta de acompanhamento do estado imunológico de tais pacientes. Estudos mostram que o desenvolvimento do câncer de colo do útero pode ser facilitada em função da infecção por HIV em mulheres com tipos oncogênicos de Papiloma Vírus Humano (HPV). Muito provavelmente o estabelecimento do câncer se beneficia dos níveis de imunodeficiência decorrentes da infecção pelo HIV. Fernandes *et al.* (32) observou que o desenvolvimento de lesões malignas do colo uterino está mais relacionado ao componente imunológico representado pela contagem de células CD4+ do que pela infecção pelo HIV. Sendo assim, o advento dos fármacos antirretrovirais, não somente prolongaram a vida dos pacientes acometidos pelo HIV como também aumentaram a qualidade de vida destes, de modo que conseguem manter elevados níveis de CD4+, preservando bom estado imunológico, deste modo desfavorecendo a evolução de lesões de alto grau para estágios mais

avançados ou pré-cancerosos. O uso adequado de tais medicamentos e a preservação do estado imunológico da paciente podem ser capazes de reduzir a incidência de NIC de alto grau em pacientes HIV positivas, justificando o adequado acompanhamento destas por infectologistas, auxiliando a redução da incidência de câncer do colo do útero.

O câncer do colo do útero, apesar de ser muito frequente em países em desenvolvimento, talvez se configure como sendo um dos cânceres de mais fácil tratamento, principalmente quando este é diagnosticado previamente, e quando os cofatores que auxiliam no desenvolvimento deste são “controlados”. Quando diagnosticado nos estágios iniciais, o câncer de colo uterino é totalmente passível de cura. A colpocitologia oncológica, exame capaz de diagnosticar previamente essa lesão é barato, porém necessita de que a população seja melhor instruída e orientada, que haja aumento da cobertura nacional para o exame e que as pacientes possam ser referenciadas para os serviços secundários e terciários, onde terão o diagnóstico confirmado e o adequado tratamento dos casos positivos.

O governo brasileiro tem feito grandes avanços, porém ainda observamos que o câncer de colo uterino continua sendo o segundo de maior prevalência entre as mulheres característica essa que pode ser reduzida com o devido rastreio de lesões intraepiteliais de baixo grau facilitando o tratamento e as chances de cura dessas pacientes (13).

As evidências sugerem que o rastreamento com o exame de Papanicolau (colpocitologia oncótica) e o tratamento adequado das NIC diminuem a incidência de câncer de colo uterino e, aparentemente, a manutenção da integridade imunológica do indivíduo é outro fator de grande importância, em se tratando de controle de lesões intraepiteliais (NIC). Dessa forma, ressaltamos a importância em conhecer se existe coinfeção com HIV nestas pacientes, para que possamos oferecer tratamentos adequados, como o antirretroviral no caso do HIV, que diminui a carga viral e preserva a função imunológica da paciente, reduzindo a probabilidade de desenvolverem lesões de alto grau e evoluírem para lesões invasivas.

VII. CONCLUSÕES

1. A prevalência de HIV em pacientes com Neoplasia Intraepitelial de alto grau acompanhadas no CICAN é de 4,59%.
2. A prevalência de HIV em pacientes com NIC de alto grau acompanhadas no CICAN são maiores do que a prevalência de infecção por HIV na população feminina em geral, e não são discordantes com os dados encontrados em outros estudos com objetivos semelhantes.
3. Existe um grande número de prontuários sem registro de sorologia para HIV e a identificação e correção das causas devem ser objetivo de um novo estudo.

VIII. SUMMARY

PREVALENCE OF HIV INFECTION IN WOMEN WITH CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA WHO UNDERWENT LOOP ELECTROSURGICAL PROCEDURE (LEEP) IN 2009, FOLLOWED IN ONCOLOGY STATE CENTER (CICAN).

Introduction: High-grade intraepithelial neoplasia is an intraepithelial cervical lesion (NIC) caused by Human Papilloma Virus (HPV) and are considered precursors of the cervical cancer. The cervical cancer is an important disease, because it cause 274,000 women deaths every year. It is known that HPV infection is the most important causal factor, but it is not decisive for the development of cervical cancer. One of the co-factors associated with the HPV is immunosuppression, a characteristic that can be deployed by the HIV infection. The incidence of HIV among women has been growing. Being a sexually transmitted virus, like HPV, we believe that among women infected by HPV can be found a higher prevalence of HIV. The immune status is an important contributing factor to the effective treatment of a patient with NIC/HPV, which shows the importance of knowing if there are overlapping infections. **Objective:** Define the prevalence of HIV infection in women treated for high grade NIC in CICAN-Ba. **Methodology:** It is a prevalence study with chart review of patients who underwent Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP) in CICAN in 2009. **Results:** The prevalence of HIV in patients with high grade NIC undergoing LEEP in CICAN is 4,59%. **Discussion:** Unless the prevalence of HIV infection among patients with NIC is greater than the general population, there was a lot of records that had not been identified or was not found the records of the HIV status of the patients. **Conclusion:** HIV prevalence in patients followed at CICAN with high-grade intraepithelial neoplasia is higher than the general population, but below the results of other similar studies.

Keywords: *Human Papilloma Virus, Human Immunodeficiency Virus, Prevalence and high-grade intraepithelial neoplasia.*

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

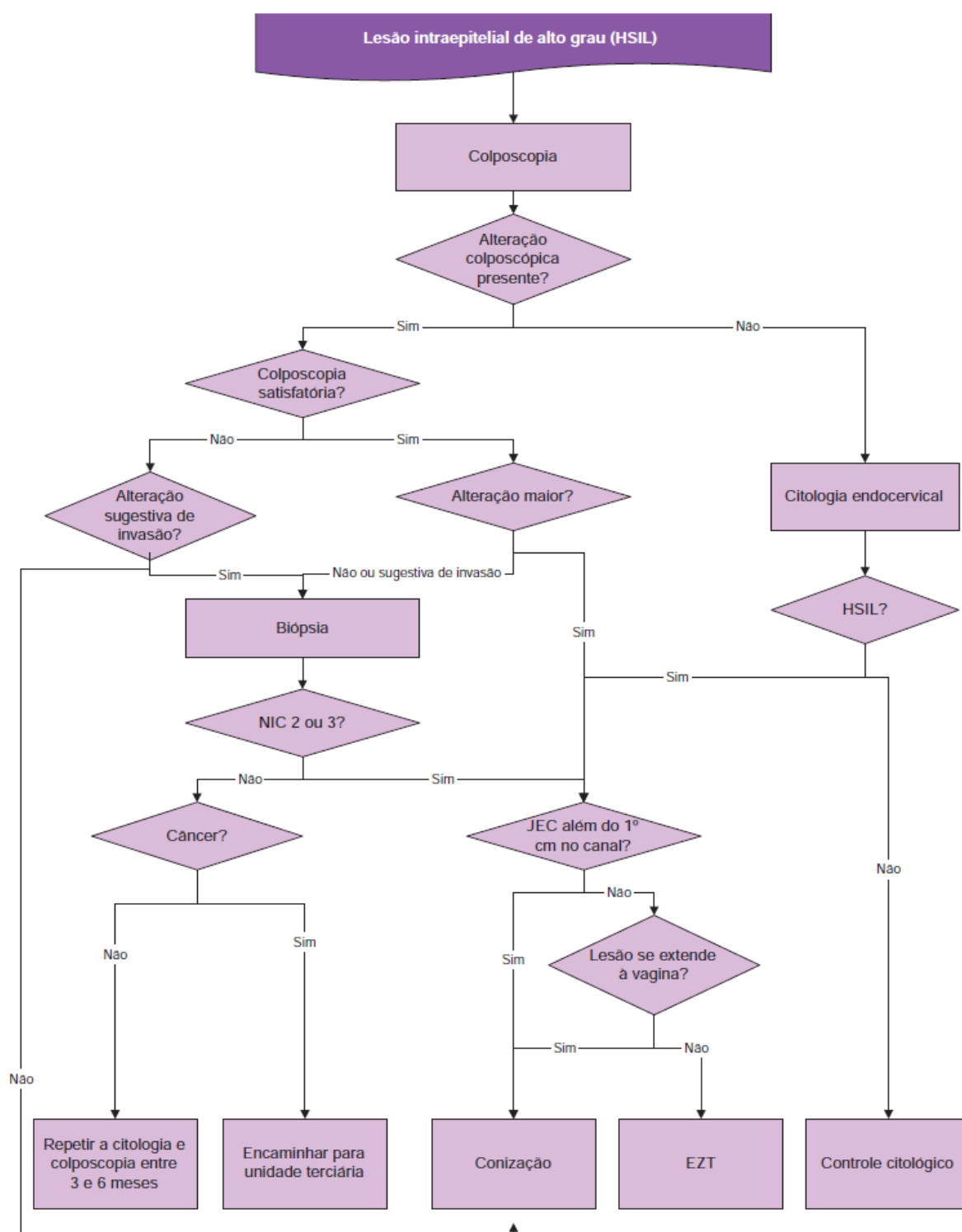
1. Oliveira PM, Oliveira RPC, Travessa IEM, Gomes MVC, Santos MLJD & Grassi MFR. *Prevalence and risk factors for cervical intraepithelial neoplasia in HIV-infected women in Salvador, Bahia, Brazil*. São Paulo Med J. 128(4):197-201. 2010.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer: Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>. Acesso em 08/07/2011 às 17:40h.
3. Neto AA. *Aspectos epidemiológicos do câncer cervical*. Ver. Saúde Públ. SP, 25(4): 326-33, 1991.
4. Derchain SFM, Filho AL & Syrjanen KJ. *Neoplasia intra-epitelial cervical: diagnóstico e tratamento*. Rev Bras Ginecol Obstet. 27(7): 425-33, 2005.
5. De Palo G, Vecchione A. *Neoplasia intra-epitelial do colo uterino*. Rio de Janeiro, Ed. Medsi, 1996.
6. World Health Organization. *Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice*. Geneva: World Health Organization; 2006.
7. Melnikow J. *Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis*. Obstet Gynecol. 92(4 part 2):727-35, 1998.
8. Sellors JW & Sankaranarayanan R. *Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginners' Manual*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2003.
9. Neves NA, Andrade L, Neves, RA & Abade B. *História natural da infecção pelo papilomavírus humano*. Rev Bras Pat Trato Gen Inf, 1(1):9-12, 2011.
10. Golçalves M AG. *HIV e as neoplasias intra-epiteliais genitais*. J Bras Doenças Sex Transm. 11(3):4-20, 1999.
11. Franco EL. *Cancer causes revisited: human papillomavirus and cervical neoplasia*. Natl Cancer Inst, 87:779-780, 1995.
12. Zur Hausen H. *Papillomaviruses causing cancer: evasion from host-cell control in early events in carcinogenesis*. J. Natl. Cancer Inst, 92(9): 690-698, 2000.
13. Walboomers JM, Jacobs MV & Manos MM. *Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide*. J Pathol,189(1):12-9, 1999.

14. Fedrizzi EN. *Epidemiologia da infecção genital pelo HPV*. Rev Bras Pat Trato Gen Inf. 1(1):3-8, 2011.
15. Almonte M, Alberto G & Molano, M. *Risk factors for human papillomavirus exposure and co-factors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean*. Vaccine Suppl. 11:L16-36. 2008.
16. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico AIDS-DST, 2012. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletimepidemiologicoaidsdstv8n1.pdf>, Acessado em 15/01/2013 às 21:30h.
17. Zimmermman JB, Melo VH, Castro LFC, Alves MJM, Zimmermman SG, Del Castillo DM. *Associação entre a contagem de linfócitos T CD4+ e a gravidade da neoplasia intra-epitelial cervical diagnosticada pela histopatologia em mulheres infectadas pelo HIV*. Rev Bras Ginecol Obstet, 28(6): 345-51. 2006.
18. Brito AM, Castilho EA & Szwacwald CL. *AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada*. Rev Soc Bras Med Trop. 34 (2): 1-9, 2001.
19. Lopes F, Latorre MRDO, Pignatari ACC & Buchala CM. *Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na penitenciária feminina da capital de São Paulo, 1997-1998*. Cad Saúde Pública São Paulo; 17(6): 1-14, 2001.
20. Pando MA, Bala IC, Marone R, Dolezal C, Leu C, Squiquera L, Barreda V, Rodriguez M, Vaulet LG, Rey J, Picconi M, Carballo-Die'guez A & Avila M. *HIV and Other Sexually Transmitted Infections among Men Who Have Sex with Men Recruited by RDS in Buenos Aires Argentina: High HIV and HPV Infection*. Volume 7 | Issue 6 | e39834, June 2012.
21. Levi JE, Fernades S & Tateno AF. *Presence of multiple human papillomavirus types in cervical samples from HIV-infected women*. Gynecol Oncol. 92(1):225-31, 2004
22. Maiman M, Tarricone N, Vieira J, Suarez J, Serur E & Boyce JG. *Colposcopic evaluation of human immunodeficiency vírus-seropositive women*. Obstet Gynecol, 78:84-8. 1991.
24. De Sanjose S & PalefskyJ. *Cervical and anal HPV infections in HIV positive women and men*. Virus Rev. 89(2):201-11, 2002.
24. Russomano F, Reis A, Camargo MJ, Grinsztejn B & Barbosa GC. *Prevalência do HIV em portadoras de Neoplasia Intra-epitelial cervical de alto grau*. DST- J. Bras Doenças Sex Transm 13(2):37-39, 2001.
25. Souza NST, Melo VH & Castro LPF. *Diagnóstico da infecção pelo HIV em lesões do colo do útero em mulheres HIV+: acuidade da histopatologia*. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 23(6):355-61, 2001.

26. Ellerbrock TV, Chiasson MA, Bush TJ, Sun X, Brudney K & Wright TC. *Incidência de lesões escamosas intra-epiteliais cervicais em mulheres infectadas pelo HIV*. JAMA Brasil, 4(5): 3124-38, 2000.
27. Wright TCJ, Ellebrock TV, Chiasson ME, Van Devanter N, Sun XW. *Cervical intraepithelial neoplasia in women infected with human immunodeficiency virus: prevalence, risk factors, and validity of Papanicolaou smears*. New York Cervical Disease Study. Obstet Gynecol, 84(4):591-7, 1994.
28. Firnhaber C. *Association between cervical dysplasia and human papillomavirus in HIV seropositive women from Johannesburg South Africa*. Cancer Causes Control. 21:433-43, 2010.
29. Schafer A, Friedman W, Mielke M, Schwartlander B & Koch MA. *The increased frequency of cervical dysplasia-neoplasia in women infected with the human immunodeficiency virus is related to the degree of immunosuppression*. Am J. Obstet. Gynecol, 164:593-9, 1991.
30. Nappi L, Carriero C & Bettochi S. *Cervical squamous intraepithelial lesions of low-grade in HIV-infected women: recurrence, persistence, and progression, in treated and untreated women*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 121(2):226-32, 2005.
31. Azevedo VNG, Junior LBD, Demachki S & Lima FAS. *Frequência das neoplasias intra-epiteliais cervicais em mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana adquirida*. Revista Paraense de Medicina V.20 (2), junho 2006.
32. Fernandes APM, Gonçalves, MAG, Simões, R. T., Quintana SM, Duarte G & Donadi EA. *Influência da infecção pelo HIV-1 sobre a presença do HPV em lesões do colo uterino*. ISSN: 0103-4065, DST – J bras Doenças Sex Transm 16(1):21-25, 2004.
33. Silva TT, Guimarães ML, Barosa MIC, Pinheiro MFG & Maia AF. *Identificação de tipos de papilomavírus e de outros fatores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical*. Rev Bras Ginecol Obstet, 28 (5):285-91, 2006.

X. ANEXOS

Anexo I. Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com diagnóstico citológico Lesão Intraepitelial de alto grau. Extraído de “*Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*”. Rio de Janeiro, 2011.



Anexo II. Portaria 151 SVS/MS de 14/10/2009 do Ministério da Saúde

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

PORTARIA SVS/MS Nº 151, DE 14 DE OUTUBRO DE 2009

DOU 16.10.2009

A SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE SUBSTITUTA, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 45, do Decreto nº. 6.860, de 27 de maio de 2009,

Considerando a necessidade de se criar alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a necessidade do diagnóstico rápido da infecção pelo HIV em situações especiais;

Considerando que a identificação dos indivíduos infectados pelo HIV é importante porque permite o acompanhamento precoce nos serviços de saúde e possibilita a melhora na qualidade de vida;

Considerando que a definição do estado sorológico de um indivíduo infectado pelo HIV é fundamental para a sua maior proteção e para o controle da infecção e da disseminação do vírus; e Considerando que o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV deve ser realizado em indivíduos com idade acima de 18 meses, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma dos Anexos a esta Portaria, etapas sequenciadas e o Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses, de uso obrigatório pelas instituições de saúde públicas e privadas.

Art. 2º Determinar o uso do teste rápido para o diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais, conforme disposto no Anexo II a esta portaria.

Art. 3º Definir que as amostras podem ser de soro, plasma, sangue total ou sangue seco em papel filtro e devem ser coletadas em conformidade com o que é preconizado pelo fabricante do teste a ser utilizado.

Parágrafo Único. Fica vedada a mistura de amostras (pool) para a utilização em qualquer teste laboratorial, com o objetivo de diagnosticar a infecção pelo HIV.

Art. 4º Estabelecer que todos os reagentes utilizados para o diagnóstico da infecção pelo HIV devem ter registros vigentes na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de acordo com o disposto na Resolução RDC nº. 302/ANVISA, de 13 de outubro de 2005, suas alterações, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

Art. 5º O Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde - DDST/AIDS/SVS/MS, definirá as normas técnicas necessárias aos programas de validação de reagentes para uso no diagnóstico da infecção pelo HIV.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogar a Portaria nº. 34/SVS de 28 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº. 145, Seção 1, pág. 77, de 29 de julho de 2005.

HELOIZA MACHADO DE SOUZA

Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV

1. Da Etapa I : Triagem - TESTE 1 (T1)

Para a Etapa I de triagem deverá ser utilizado um teste capaz de detectar anticorpos anti-HIV-1, incluindo o grupo O e anticorpos anti-HIV-2. Poderão ainda ser utilizados, nessa etapa, testes que combinem a detecção simultânea desses anticorpos e de antígeno.

É permitida a utilização das seguintes metodologias, no teste da Etapa I:

- a)Ensaio imunoenzimático - ELISA;
- b)Ensaio imunoenzimático de micropartículas - MEIA;
- c)Ensaio imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações - EQL;
- d)Ensaio imunológico fluorescente ligado a enzima - ELFA;
- e)Ensaio imunológico quimioluminescente magnético - CMIA;
- f)Testes rápidos: imunocromatografia, aglutinação de partículas em látex ou imunoconcentração;
- g)Novas metodologias registradas na ANVISA e validadas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

1.1. Resultado da Etapa I - Triagem - TESTE 1 (T1)

1.1.1. O resultado da amostra será definido a partir da interpretação de um ou mais testes cujos resultados deverão ser expressos em laudo laboratorial, conforme estabelecido no fluxograma do Anexo III a esta Portaria.

1.1.2. A amostra com resultado reagente, no teste da Etapa I, deverá ser submetida à Etapa II do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

1.1.3. A amostra com resultado não reagente, no teste da Etapa I, será definida como: "Amostra Não Reagente para HIV".

1.1.3.1. O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra".

1.1.4. A amostra com resultado indeterminado, no teste da Etapa I, não terá resultado definido. Nesse caso, o laudo não será liberado e uma segunda amostra deverá ser coletada, o mais breve possível, e submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

1.1.4.1. Caso a paciente seja gestante, deverá ser solicitada segunda amostra para ser submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses e nova amostra para realização de teste molecular, conforme orientações do item 4 do ANEXO I desta portaria.

1.1.4.2. Caso o resultado com a segunda amostra persista indeterminado, o laudo deverá ser liberado como "Amostra Indeterminada para HIV".

1.1.4.3. É obrigatória a liberação desse resultado.

1.1.4.4. O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Persistindo a suspeita clínica de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada, após 30 dias, para esclarecimento do diagnóstico sorológico".

1.1.4.5. Caso o resultado com a segunda amostra seja não reagente, o laudo deve ser liberado como "Amostra Não Reagente para HIV".

1.1.4.5.1. O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra".

1.1.4.6. Caso o resultado com a segunda amostra seja reagente, esta deverá ser submetida à Etapa II do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

2. Da Utilização dos Testes Rápidos na Etapa I

2.1. As amostras deverão ser coletadas de acordo com as instruções dos fabricantes dos conjuntos diagnósticos.

2.2. O teste rápido deve detectar anticorpos anti-HIV 1, incluindo o grupo O e anticorpos anti-HIV 2.

2.3. Caso o resultado do teste rápido seja positivo na Etapa I, uma nova amostra deverá ser coletada, imediatamente, para a realização da Etapa II desta Portaria.

2.4. Caso o resultado do teste rápido seja inválido, deve-se repetir o teste imediatamente com o mesmo conjunto diagnóstico, se possível com um lote distinto do que foi utilizado inicialmente.

2.5. Persistindo o resultado inválido no teste rápido, deve-se utilizar outra metodologia dentre as definidas no item 1, do Anexo I desta Portaria.

3. Da Etapa II - Complementar - Teste 2 (T2)

É permitida a utilização das seguintes metodologias no teste da Etapa II:

a)Imunofluorescência indireta - IFI;

b)Imunoblot - IB;

c)Imunoblot rápido - IBR;

d)Western Blot - WB;

e)Outras metodologias registradas na ANVISA e validadas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

3.1. Resultados da Etapa II - Complementar - Teste 2 (T2)

3.1.1. Para a interpretação dos resultados e liberação do laudo, deverão ser analisados, conjuntamente, os resultados obtidos nos testes das Etapas I e II. Estes poderão ser encontrados com as seguintes combinações, nos testes sequenciais das duas etapas:

A) Resultados reagentes, nos testes das Etapas I e II: a amostra é positiva para HIV;

3.1.1.1. Esse resultado deverá ser liberado como: "Amostra Reagente para HIV".

3.1.1.2. O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Para comprovação do diagnóstico laboratorial, uma segunda amostra deverá ser coletada e submetida à Etapa I do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses".

3.1.1.3. Esta segunda amostra deverá ser colhida o mais rapidamente possível, e submetida à Etapa I do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses, preferencialmente no mesmo local em que se realizaram os testes com a primeira amostra.

3.1.1.4. É responsabilidade do profissional de saúde que atender o indivíduo solicitar e identificar o pedido do exame como segunda amostra, e do laboratório ou do serviço de saúde registrá-la como tal para a finalização do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

3.1.1.5. Quando o resultado do teste com a segunda amostra for reagente, o resultado deverá ser liberado como: "Amostra Reagente para o HIV".

3.1.1.6. O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Resultado definido com a segunda amostra, conforme estabelecido pela Portaria número e data".

B) Resultados indeterminados ou discordantes entre as Etapas I e II: Reagente, na Etapa I, e não reagente ou indeterminado, na Etapa II, deverão ser liberados como "Amostra Indeterminada para HIV".

3.1.1.7. - É obrigatória a liberação desse resultado e o laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Persistindo a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada, 30 dias após a data da coleta desta amostra"

3.1.1.8. A nova amostra deverá ser colhida e submetida ao fluxograma do Anexo III a esta Portaria, preferencialmente no mesmo local em que se realizou o teste com a primeira amostra, e o resultado deve ser interpretado de acordo com o Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

3.1.1.9. Caso o resultado com a nova amostra permaneça indeterminado, deve-se considerar a possibilidade da realização de testes moleculares (RNA e/ou DNA), para auxiliar na definição do diagnóstico.

3.1.1.10. A ocorrência de resultados indeterminados ou falso-positivos é maior em gestantes ou portadores de algumas enfermidades. Nessas situações, a avaliação conjunta da história clínica, do risco de exposição do indivíduo à infecção pelo HIV e o resultado laboratorial devem orientar as decisões.

3.1.1.11 Havendo persistência de resultado indeterminado nos testes e suspeita clínica ou epidemiológica de infecção, pode-se coletar uma nova amostra para investigação da infecção pelo HIV-2 ou, ainda, para realização de outros testes indicados para o diagnóstico.

4. Da Utilização dos testes moleculares para amostras indeterminadas em gestantes

4.1. Os testes moleculares serão utilizados para auxiliar a definição do diagnóstico da infecção do HIV-1 em gestantes que apresentarem resultado indeterminado na primeira amostra.

4.2. O laboratório deverá encaminhar ao médico uma solicitação de segunda amostra, que será submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses, e a solicitação de uma nova amostra para a realização de teste molecular, devendo seguir o modelo de solicitação conforme anexo V a esta Portaria.

4.3. O médico deverá encaminhar a solicitação de teste molecular, vinda do laboratório, juntamente com o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA-I ao Laboratório da Rede Nacional de Carga Viral, seguindo as recomendações de coleta de amostras para testes moleculares.

4.4. É obrigatório o envio dos dois formulários (solicitação de nova amostra e BPA-I), devidamente preenchidos, para a realização do teste molecular.

5. Da Interpretação dos Testes Western Blot

5.1. A interpretação do teste de Western Blot deverá seguir os critérios:

a) Amostra negativa: ausência de reatividade (bandas), com qualquer proteína viral utilizada no ensaio;

b) Amostra positiva: reatividade (bandas), em pelo menos duas das seguintes proteínas: p24; gp41; gp120/gp160;

c) Amostra indeterminada: qualquer padrão de reatividade (bandas) diferente do item anterior.

5.2. A interpretação dos testes Imunoblot e Imunoblot rápido deverão seguir o disposto nas instruções dos fabricantes dos conjuntos diagnósticos.

6. Do Laudo

6.1. Deverá ser legível, sem rasuras na sua transcrição, escrito em língua portuguesa, datado e assinado por profissional de nível superior legalmente habilitado.

6.2. Deverá estar de acordo com o disposto na Resolução RDC nº 302/ANVISA, de 13 de outubro de 2005, suas alterações, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

6.3. Deverá constar do laudo a interpretação final do resultado da amostra que será: Amostra Reagente para HIV, ou Amostra Não Reagente para HIV ou Amostra Indeterminada para HIV.

6.4. Deverão constar do laudo, igualmente, os resultados de todos os testes realizados, inclusive quando em número superior ao determinado pelo Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

6.5. Deverão ser expressos: o resultado numérico da amostra, o ponto de corte (cut-off) e a unidade de medição do método utilizado, quando os resultados forem positivos ou indeterminados, excetuando-se os resultados obtidos por testes cuja leitura é visual.

6.6. Deverá ser reportado o resultado de todas as bandas reativas encontradas nos testes Western Blot, Imunoblot e Imunoblot Rápido.

Diagnóstico da infecção pelo HIV por Testes Rápidos

1. Do Diagnóstico Rápido

O diagnóstico rápido da infecção pelo HIV é feito exclusivamente com testes rápidos validados pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

As instituições de saúde públicas e privadas que utilizem testes rápidos devem promover e manter os processos de qualificação e educação permanente para os profissionais de saúde em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde.

1.1. O diagnóstico rápido poderá ser realizado nas seguintes situações especiais:

a) Rede de serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou localizada em regiões de difícil acesso;

b) Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA;

c) Segmentos populacionais flutuantes;

d) Segmentos populacionais mais vulneráveis;

e) Parceiros de pessoas vivendo com HIV/AIDS;

f) Acidentes biológicos ocupacionais, para teste no paciente fonte;

g) Gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto;

h) Parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto;

i) Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;

j) Outras situações especiais definidas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

1.2. As amostras deverão ser coletadas de acordo com as instruções dos fabricantes dos conjuntos diagnósticos.

2. Da Realização do Teste Rápido

O diagnóstico rápido da infecção pelo HIV deve ser realizado com testes rápidos (TR) capazes de detectar anticorpos anti-HIV 1, incluindo o grupo O e anticorpos anti-HIV 2, de acordo com o fluxograma do Anexo IV.

2.1. Os testes rápidos devem ser realizados imediatamente após a coleta da amostra e o indivíduo orientado a aguardar o resultado no local.

3. Do resultado dos testes rápidos

3.1. A amostra com resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1) será definida como: "Amostra Não Reagente para HIV".

3.1.1. O laudo deverá incluir a seguinte ressalva: "Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra".

3.2. A amostra com resultado reagente no TR1 deverá ser submetida ao teste rápido 2 (TR2). Quando disponível no serviço de saúde, o Imunoblot rápido também poderá ser utilizado como TR2.

3.2.1. A amostra com resultados reagentes no TR1 e no TR2 terá seu resultado definido como: "Amostra Reagente para HIV".

3.3. A amostra com resultados discordantes entre TR1 e TR2 não terá seu resultado definido. Nesse caso, o laudo não será liberado. Uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses, de acordo com o Anexo III a esta Portaria.

3.4. Caso o resultado do TR1 ou do TR2 seja inválido, deve-se repetir o teste com o mesmo conjunto diagnóstico, se possível com um lote distinto do que foi utilizado inicialmente.

3.5. Persistindo o resultado inválido, uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses, de acordo com o Anexo III a esta Portaria.

4. Do Laudo

4.1. Deverá constar, no laudo do diagnóstico rápido da infecção pelo HIV, o nome do ensaio e as metodologias de cada conjunto diagnóstico utilizado.

4.2. Deverá constar, no mesmo laudo, a interpretação final do resultado da amostra, que será: Amostra Reagente para HIV ou Amostra Não Reagente para HIV.

4.3. O laudo deverá estar de acordo com o disposto na Resolução RDC nº 302/ANVISA, de 13 de outubro de 2005, suas alterações, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

5. Considerações e Recomendações

1. Não existem testes laboratoriais que apresentem 100% de sensibilidade e 100% de especificidade. Em decorrência disso, resultados falso-negativos, falso-positivos, indeterminados ou discrepantes entre os testes distintos podem ocorrer na rotina do laboratório clínico.

2. Janela imunológica é o tempo entre a exposição do indivíduo ao vírus e o surgimento de marcadores detectáveis no organismo (antígeno ou anticorpo). O diagnóstico laboratorial é dependente do tempo decorrido entre a infecção do indivíduo e sua resposta imunológica.

3. Os testes de triagem que combinam em sua metodologia antígeno e anticorpo permitem a detecção precoce da infecção pelo HIV, quando comparados aos testes confirmatórios que detectam apenas anticorpos. Portanto, resultados falso-negativos na Etapa II podem ocorrer quando da utilização dos testes que detectam apenas anticorpos na Etapa II.

4. O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado à história clínica e/ou epidemiológica do indivíduo.

5. Testes moleculares RNA e/ou DNA, embora não sejam preconizados para o diagnóstico da infecção pelo HIV, podem ser úteis para auxiliar a definição de casos indeterminados, principalmente em gestantes.

6. Quando houver a necessidade de investigação de soroconversão, recomenda-se proceder à coleta de uma nova amostra 30 dias após a coleta da primeira amostra, e repetir o conjunto de procedimentos sequenciados descritos nesta Portaria.

7. A detecção de anticorpos anti-HIV, em crianças com idade inferior a 18 meses, não caracteriza infecção, devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV pela placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.

8. É obrigatória a solicitação de um documento oficial de identificação do indivíduo que será submetido à coleta. Esse documento deve ser conferido, tanto no momento do registro no serviço de saúde, quanto no momento da coleta da amostra.

Parágrafo único. Essa exigência não se aplica aos serviços que realizam o diagnóstico anônimo da infecção pelo HIV. Nesse caso, deve-se comunicar ao indivíduo, no momento do aconselhamento pré-teste, que não será entregue cópia do laudo por escrito.

9. É de responsabilidade dos serviços de saúde que ofertam o diagnóstico do HIV realizar o aconselhamento, informar sobre os procedimentos a serem realizados e os possíveis resultados e garantir o sigilo e confidencialidade.

Modelo de Solicitação de Teste Molecular para Gestante com Amostra Indeterminada Timbre da Unidade Solicitante

SOLICITAÇÃO DE TESTE MOLECULAR PARA GESTANTE

Nome da gestante:

Data de Nascimento:

Laboratório Solicitante:

Material biológico: SANGUE TOTAL

Data da Coleta da Primeira amostra para sorologia do HIV-

Data do Resultado da Primeira amostra para sorologia do HIV-

Data da Coleta da Segunda amostra para sorologia do HIV-

Médico Solicitante:

Assinatura:

Anexo III. Aprovação do Comitê de Ética do Centro Estadual de Oncologia da Bahia (CICAN-Ba).



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Ofício nº. 102 /2011
Refer: parecer do Projeto

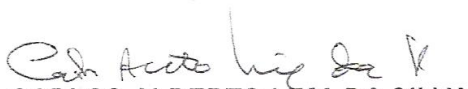
Salvador, 21 de dezembro de 2011.

Prezada Nilma Antas Neves

Estamos encaminhando para seu conhecimento o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da SESAB após apreciação quanto à dimensão ética do Projeto "Prevalência de infecção por HIV em mulheres com neoplasia intra-epitelial acompanhadas no CICAN", considera que o projeto está bem elaborado e que nenhum dos procedimentos representa riscos conhecidos aos participantes. Ressalta ainda que a proposta não representa riscos para os pesquisadores, técnicos e auxiliares. Deve-se destacar ainda o compromisso e responsabilidade dos pesquisadores envolvidos. Assim, este projeto de pesquisa contempla todos os aspectos exigidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sendo considerado aprovado.

Cordiais Saudações,


CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA
Coordenador do CEP-SESAB